

# Patolojik Bir Kıskançlık Vakası

A. Ertan TEZCAN \*, Fahrettin ÜLKEROĞLU \*

## ÖZET

*Aşırı kıskançlık düşüncesi, kıskançlık sanrısı olarak değerlendirilen ve sanrısız bozukluk tanısı konularak bu yönde tedavi gören hastanın tekrar değerlendirilmesinde aşırı kıskançlık düşüncesi obsesyoneel kıskançlık olarak değerlendirilmiş ve hastaya patolojik kıskançlık tanısı konulmuştur. Çalışmamızda hastaya monulan tanılar ve tedaviler tartışılmıştır.*

*Anahtar kelimeler: Anormal kıskançlık, patolojik kıskançlık, sanrısız bozukluk, fluoksetin*

*Düşünen Adam; 1995, 8 (3): 15-17*

## SUMMARY

*Thoughts of morbid jealousy which are considered as delusions of jealousy and are diagnosed as delusional disorder, in reexamining the patient who is the subject to the treatment, thoughts of morbid jealousy were diagnosed to be obsessional jealousy and she has been diagnosed to have pathological jealousy. In our study, the diagnosis and treatments are discussed.*

*Key words: Morbid jealousy, pathological jealousy, delusional disorder, fluoxetine*

## GİRİŞ

Normal popülasyonda kıskançlıkla ilgili sistemli araştırmaların kısıtlı olması nedeniyle, konu ile ilgili davranışlar hakkında bilgilerimiz sınırlıdır (1). Psikiyatrik açıdan kıskançlık; kişinin benlik saygısına karşı oluşan bilinç altı tehdite karşı bir reaksiyon olarak tanımlanmaktadır (2).

Toplumumuzun genelde hoşgörü ile baktığı kıskançlık, anormal derecede (Morbid Jealousy) olduğunda, gerek bu duyuyu yaşayan, gerek bu duyunun yansıtıldığı eş için evlilik yaşamını olumsuz yönde etkileyebilir ve zamanla kıskançlık duygusuna eklenen sadakatsizlik duygusunun yoğunluğu eşlerin birlikteliğini dayanılmaz hale getirebilir (3).

Günümüzde, kıskançlık/sadakatsizlik sanrısı olarak değerlendirilen bu düşüncenin benzer şekilde affektif komponentleri yüklü kişilerde de karşılaşılması nedeniyle patolojik veya obsesyoneel kıskançlık tabiri de kullanılmaktadır (4).

Tedavilerindeki farklılık nedeniyle Enoch ve Tretlowan tarafından tanımlanan, pür sadakatsizlik sanrılarını içeren ve psikotik bir tablo olan Othello sendromu ile patolojik kıskançlığın özellikle tedavilerindeki zıtlık derecesindeki farklılık nedeniyle ayırt edilmesi gerekmektedir (5). Bishay ve arkadaşları da anormal kıskançlık teriminin sanrısız durumlardan farklı psikiyatrik tablolarındaki kıskançlık reaksiyonları içinde geniş bir fenomen olduğunu belirtmişlerdir (6).

\* Fırat Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Bu çalışmamızda şiddetli kıskançlık/sadakatsizlik düşüncesi sadakatsizlik sanrısı olarak değerlendirilen ve paranoid bozukluk tanısı konularak tedavi edilen bir vakada konulan tanı ve uygulanan tedavi tartışılmıştır.

## OLGU

Hasta 39 yaşında kadın, 19 yıllık evli, 17 yaşında erkek ve 14 yaşında kız, iki çocuk annesi, lise mezunu. Onsekiz yaşında başladığı çalışma hayatına 25 yaşında ikinci çocuğunu doğurduktan sonra son vermiş. Eşi mühendis, serbest çalışmakta ve yaklaşık yirmi yıllık alkol öyküsü mevcut. Çok aşırı alkollü olduğu zamanlar dışında sessiz, sakin ve çevrelerinde sevilen bir kişi. Hastanın şikayetleri yaklaşık iki yıl kadar önce, kendi ifadesi ile birdenbire başlamış.

Eşinin kendisini aldatığı hissine kapılmış. Yaklaşık 3-4 ay bu duyuyu kendi başına yenmeye çalışmış. Zamanla, eşinin her hareketini incelemeye, bir ipucu bulurum düşüncesiyle eşinin yiyeceklerini karıştırmaya başlamış. Rahatların veya bildiklerini bana söyler düşüncesiyle hissettiklerini çok yakın iki-üç arkadaşına söylemiş. Aldığı yanıtlar "Bu dünyada eşini aldatacak son kişi senin eşin, senin ki vesvese vs.." şeklinde olmuş ancak duygularında bir değişiklik olmamış. Eşinin geç geldiği bir akşam eşini beklerken yine aynı duyguya kapılmış. İlk kez o akşam eşine kendisini aldatığını düşündüğünü, böyle bir şey varsa ilk duyanın kendisi olmak istediğini belirtmiş. Eşinin böyle bir şey olmadığını ve olamayacağını söylemesi ve çocuklarının üzerine yemin etmesi hastayı o gece için rahatlatmış ama sabah yine aynı duyuyla uyanmış. Birkaç hafta sonra ilk kez eşini takip etmiş. Zamanla takip etmesine ilaveten eşinin iş yerinin karşısındaki kafeteryada oturarak eşini gözetlemeye başlamış. Yaklaşık 5-6 ay süren bu süre içinde iştahı kesilmiş, 7-8 kilo kaybetmiş; yorgunluk, halsizlik, toplumsal faaliyetlerden uzaklaşma ve niye bu şekilde düşünüyorum diye kendine kızmaya başlamış ancak eşine kendisini aldatıp aldatmadığını sormaya devam etmiş. Zaman zaman bu sorulardan bıktığını ifade eden eşiyile tartışmaları olmuş.

Hastanın eşi, birgün eve bir gazete küpürü ile gelmiş. Kıskançlığın ruhsal bir hastalıktan kaynaklan-

dığını ayrıntılı bir şekilde yazdığını söyleyerek yazıyı hastaya okutmuş. Hasta "Adeta kendimi okudum" şeklinde ifade kullanmakta. Hemen ertesi gün, rahatsızlığın başlamasından yaklaşık 18 ay sonra, dostlarının tavsiyesiyle bir psikiyatriste müracaat etmişler. Kıskançlık tipi paranoid reaksiyon tanısı ile 15 mg/G trifluoperazin + 6 mg/G biperiden ile tedaviye başlanmış. Kıskançlık düşüncesinde iki hafta içinde bir azalma olmuş ancak bu dönem kendini aşırı yorgun, bitkin, neşesiz, mutsuz adeta yaşayan bir bitki gibi hissetmeye başlamış. Tedaviye üç ay kadar devam etmiş ve bu dönemde depretilif belirtilerinin aşırı artması nedeniyle tedavisine 50 mg/G amitriptilin ilave edilmiş. Birkaç ay bu tedaviye devam eden hasta şikayetlerinde bir azalma olmaması nedeniyle ilaçları bırakmış.

Müracaatında yapılan ruhsal muayenesinde bariz anksiyete, ağır depresif bulgular, otoaküzasyon, yoğun obsesif uğraşlar ve aşırı sadakatsizlik düşüncesi saptanmıştır. Hastanın sanrı düzeyindeki sadakatsizlik düşünceleri obsesyonel patolojik kıskançlık olarak değerlendirilmiş ve 20 mg/G fluoksetin ve psikoterapötik yaklaşım ile sekiz haftalık süre sonunda düzeldiği saptanmıştır. Çalışmamızda hastaya daha önce konulan sanrısız bozukluk tanısı tartışılmıştır.

## TARTIŞMA

İkinci çocuğunun doğumuna kadar aktif bir iş yaşamı ve toplumsal üretkenliği olan hastanın, çocukların büyümesi ve bireyselleşmeleri nedeniyle zamanla işe yaramadığı duygusuna kapılarak benlik saygısını kaybetmeye başladığı kanaatindeyiz. Hastanın eşinin alkole olan düşkünlüğünün, eşi ile arasındaki duygusal bağın zayıflamasına, muhtemelen cinsel ve evlilik sorunlarına zemin hazırlaması da söz konusudur.

Nitekim, kendine güvende eksiklik, cinsel sorunların ve evlilik sorunlarının kıskançlık sanrıları ile ilişkili olduğu (7) ve tatmin edici duygusal ilişkileri bulunmayan insanların kıskançlık duygularına daha yakın oldukları bildirilmektedir (8). Hastanın eşinin alkol bağımlılığı, iş düzeninide olumsuz etkilemiştir. Stabil bir ekonomik temel kaybı her kadının başlıca endişesidir (3). Bu endişenin de hastayı olumsuz etkilenmesi söz konusudur.

Hastaya muhtemelen şu bilgiler ışığında sanrısız bozukluk tanısı konulmuştur: Sanrısız bozukluklarda, kıskançlık sanrıları monosemptomatik sanrı şeklindedir (9). Hastada ilk muayenede başka bir bulgu saptanmamış ve/veya diğer bulgular ilk muayenede göz önünde bulundurulmamıştır. Biraz düşünce, dizorganize konuşma, varsanı gibi bulguların olmaması ve yine bu dönemde bariz depresif bulguların bulunmaması kıskançlık tipi sanrısız bozukluğu düşündürmüştür. Sanrısız bozukluğu olan hastalar karakteristik olarak tek bir delil olmaksızın eşin ihanetinden emindirler (3). Hasta da, hiçbir delil olmaksızın eşinin ihanetinden emin olduğunu belirtmiştir. Hastanın eşini gizlice takip etmesi de sanrısız sürecin bir parçasıdır (10).

Sunduğumuz olguda olduğu gibi bazı vakalarda ihanet ve sadakatsizlik düşüncelerinin kesin olarak obsesyon mu yoksa sanrı mı olduğuna karar vermenin zorluğu bildirilmiştir (1,4). Nevrotik veya kişilik bozukluğu olan hastalarda psikozun diğer bulguları olmaksızın kıskançlık sanrılarının bulunduğu belirtilmiştir (1,4,11).

Docherty ve Ellis; kıskançlığın aşırı obsesyonel ve egodisforksiyonel tipini tanımlamışlardır (7). Hastanın ilk psikiyatrik başvurusunda sanrısız bozukluk tanısının ayırıcı tanıda obsesyonel/patolojik kıskançlık gözönünde bulundurulmadan konulduğu düşünülmüş ve şu bilgiler ışığında hastanın sanrıları obsesyonel/patolojik kıskançlık olarak değerlendirilmiştir: Kıskançlık sanrısı olan hastaların % 69'unun erkek olduğu ve bu sanrılarının yaşamlarındaki diğer sanrılardan sonra geliştiği gözlenmiştir (12).

Hastanın yaşamının herhangi bir döneminde kendisi ve yakınları tarafından sanrısız bir düşünce tanımlanmamaktadır. Kıskançlık sanrısı olan hastalarda sanrıya sekonder öfke bildirilmiştir (10). Sunduğumuz olgu da kendisi ve yakınları tarafından öfke tanımlanmamaktadır ve ruhsal değerlendirmelerinde de bu bulgu saptanmamıştır. Kıskançlık sanrısının söz konusu olduğu vakalarda has-

aların arkadaşlarının birçoğunu farklı fikirlere karşı aşikar şekilde hoşgörüsüz olduğu için kaybettikleri bildirilmiştir (3). Hastanın arkadaşları ile ilişkilerinde bir bozukluk olmayıp özel ve izole edici bir duygu olan kıskançlığını arkadaşları ile paylaşması ve yardım araması söz konusudur. Eşinin rahatsızlığı nedeniyle psikiyatriste müracaat önerisini red etmemiştir. Halbuki, sanrısız bozukluğu olan hastalar hastalığını kabul etmez ve hekime gelmeye karşı direnir (13).

Hastanın "Niye böyle düşünüyorum?" şeklindeki otoaküzasyonu da sanrısız bir tabloyu değil, depresif bir süreci düşündürmektedir. Hastanın hakkında bilgi alınan çocukları, özellikle 17 yaşındaki oğlu, hastanın obsesif kompulsif kişiliğini çok net bir şekilde tanımlamaktadır. Bu bilgiler ışığında hastada sanrısız olmayan patolojik kıskançlık düşünülmüş ve patolojik kıskançlık tedavisinde başarılı sonuçlar sağladığı bildirilen fluoksetin (1,4,11) ile tedavi edilmiştir.

#### KAYNAKLAR

1. Soyka M, Naber N, Völeker A: Prevalance of delusional jealousy in different psychiatric disorders: An analysis of 93 cases. *Br J Psychiatry* 158:549-553, 1991.
2. Cobb J & Marrs I: Morbid jealousy featuring as obsessive compulsive neurosis: Treatment by behavioural psychotherapy. *Br J Psychiatry* 133:679-683, 1979.
3. Kaplan IH, Saddock JB: *Synopsis of Psychiatry*. 7. baskı, Williams Wilkins, Baltimore, s. 503-512, 1994.
4. Lane RC: Successful treatment of pathologic jealousy. *J Clin Psychiatry* 51:345-346, 1990.
5. Enoch MD & Trethowan WH: *Uncommon Psychiatric Syndromes*. 1. baskı, Wright Son, Bristol, s. 36-49, 1979.
6. Bishay NR, Petersen N & Tavrier N: An uncontrolled study of cognitive therapy for morbid jealousy. *Br J Psychiatry* 154:386-389, 1989.
7. Docherty JP & Ellis J: A new concept and finding in morbid jealousy. *Am J Psychiatry* 133:679-683, 1976.
8. Mullen PE: Jealousy: The pathology of passion. *Br J Psychiatry* 158:593-601, 1991.
9. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4. baskı, American Psychiatric Association, Washington DC, s. 296-301, 1994.
10. Crowe BR, Clarkson C, Tsai M, et al: Delusional disorder: Jealous and nonjealous types. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 237:179-183, 1988.
11. Gross MD: Treatment of pathological jealousy by fluoxetine. *Am J Psychiatry* 148:683-684, 1991.
12. Musalek M, Berner P & Katsching H: Delusional theme, sex and age. *Psychopathology* 22:260-267, 1989.
13. Öztürk O: *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 2. baskı, Evrim Yayın, İstanbul, s. 199-201, 1989.